

Tjenesteavtale nr. 2

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habiliterings-, rehabiliterings- og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

mellom



NORLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJVIESSO



og

xx kommune



Tjenesteavtale nr. 2

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habiliterings-, rehabiliterings- og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom XX kommune (heretter kalt kommunen) og Nordlandssykehuset helseforetak (heretter kalt helseforetaket).

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er inngått i hht overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt nr. 2.

3. Formål

Formålet med tjenesteavtalen er å sikre:

- a) at pasienter og brukere som har en tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk, og pårørende, med behov for koordinerte tjenester, får et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud
- b) brukermedvirkning
- c) at det alltid er tydelig hvem som skal yte tjenestene
- d) at tjenestene skal stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse
- e) at barn ivaretas som pasienter og som pårørende
- f) at partene har rutiner for ansvars plassering og ansvarsoverføring mellom enheter internt og mellom kommune og helseforetak

4. Ansvar og oppgaver

4.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) sikre at brukerne involveres i utvikling av tjenestene etter denne avtalen

4.2 Barn under 18 år

4.2.1 Barn som pasient

4.2.2 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) bidra til å ivareta de behov for tilpasset informasjon og nødvendig oppfølging som barn har som følge av egen sykdom

4.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

- a) melde fra til hjemkommunen om barn som blir innlagt og som har krav på undervisning

- b) i tilstrekkelig tid før utskrivning, i samråd med foreldre, etablere kontakt med kommunens hjelpeapparat
- c) orientere foreldre om aktuelle interesseorganisasjoner

4.2.4 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) Samarbeide med foreldre/foresatte eller andre med omsorgsansvar, om helseinformasjon som er nødvendig for å ivareta barnet

4.3 Barn som pårørende

4.3.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) bidra til å ivareta de behov for tilpasset informasjon barn har som pårørende
- b) der pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn, skal partene i samarbeid bidra til at barn og personer som har omsorg for barnet får tilpasset informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Dette gjøres i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt
- c) bidra til at barn ikke har urimelige omsorgsoppgaver som følge av forelders/foresattes sykdom
- d) vurdere situasjonen til mindreårige søsken i samarbeid med foreldre/foresatte

5. Habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder koordinerende enheter, ambulant virksomhet, lærings- og mestringstilbud, tilrettelegging av hjelpemidler m.m.

5.1 Koordinerende enheter

5.1.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

Partene har lovbestemt plikt til å etablere koordinerende enheter (KE) som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Partene skal:

- a) ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling.
- b) utarbeide interne retningslinjer for arbeidet med individuell plan mellom koordinator i kommunen og i helseforetaket
- c) utarbeide interne retningslinjer for involvering av brukere
- d) utarbeide retningslinjer for samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket omkring pasient/bruker med koordinator og gjøre disse kjent
- e) ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig for samarbeidspartnere

5.2 Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert habilitering/rehabilitering.

Ambulerende tjenester defineres her som tverrfaglig behandling på spesialisert nivå gitt av et team i eller nær hjemmet, uten at pasienten legges inn. Tjenestene kan gis av helseforetaket, av kommunen

eller av disse i samarbeid. Ved langvarig ambulant oppfølging fra helseforetaket skal partene etablere rutiner som sikrer informasjonsutveksling mellom helseforetaket, fastlegen og andre samarbeidende instanser. I komplekse enkeltsaker kan dette ivaretas med å inngå individuelle samarbeidsavtaler som omfatter ansvarsfordeling og tidsperspektiv.

Etter avklaring med pasienten skal kommunen informeres om tilbudet som gis, og motta poliklinisk notat fra relevante konsultasjoner.

5.2.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) arbeid/utdanning inkluderes som del av utredning/behandling/rehabilitering
- b) det skal legges til rette for samtidighet i behandling og deltakelse i arbeid/utdanning
- c) pasienten skal ha en navngitt kontakt både i helseforetaket og i kommunen

5.3 Lærings- og mestringstilbud

5.3.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) samarbeide om lærings- og mestringstilbud
- b) etablere møteplasser for samhandling, kompetanseutveksling og brukerrepresentasjon i utvikling av lærings- og mestringstjenester

5.3.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

- a) informere kommunene og innbyggerne om de tilbud som finnes i spesialisthelsetjenesten og i Helseforetaket
- b) tilby individuell veiledning til målgruppen som del av behandling
- c) tilby deltakelse i gruppebaserte diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud
- d) ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud

5.3.3 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) tilby veiledning/individuell veiledning til målgruppen som en del av behandlingen
- b) tilby gruppebaserte lærings- og mestringstilbud på kommunenivå
- c) informere aktuelle målgrupper, og etablere henvisningsrutiner for å delta på gruppebaserte tilbud i helseforetaket og kommunen
- d) informere innbyggere og helseforetaket om de tilbud som finnes i kommunen

5.4 Tilrettelegging av bolig og hjelpemidler

5.4.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver

- a) Helseforetaket må, så snart det er avdekket behov knyttet til bolig og/eller hjelpemidler, gi kommunen beskjed
- b) ved langvarige innleggelser må helseforetaket bistå i kartlegging og starte opp søknadsprosessen i samarbeid med pasient og kommunen

5.4.2 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) Kommunen må, så snart det er mottatt melding om behov knyttet til bolig og/eller hjelpemidler, vurdere behov for tiltak

5.5 Bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kap.10

5.5.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) i fellesskap utarbeide rutiner for samarbeid rundt brukere hvor bruk av tvang er uunngåelig for å kunne sette i gang nødvendige hjelpetiltak

5.6 Individuell plan og koordinator

5.6.1 Partenes felles ansvar og oppgaver

- a) sikre at pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet individuell plan og/eller tildelt koordinator der dette er ønsket. Retten til koordinator gjelder uavhengig av om pasient/bruker ønsker individuell plan eller ikke
- b) der pasient/bruker har koordinator både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, plikter disse å samarbeide.
- c) involvere pårørende i utarbeidelsen av individuell plan når pasienten/brukeren ønsker dette. Der pasienter har omsorg for mindreårige barn, skal det vurderes å inkludere disse i planen

5.6.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

- a) snarest mulig gi melding om pasienters eller brukers behov for individuell plan og/eller koordinator til kommunen
- b) der pasienter kun har tjenester fra spesialisthelsetjenesten og det er behov for videre koordinering, oppnevne koordinator og starte planarbeidet. Det samme gjelder pasienter/brukere som mottar kommunale tjenester i så lite omfang at kommunen ikke har den nødvendige nærhet til pasient/bruker

5.6.3 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) utarbeide individuell plan for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og oppnevne koordinator

5.7 Oppfølging og samhandling av spesielle pasientgrupper

Partene er enig om at følgende punkter utredes nærmere/utarbeides rutiner for samhandling rundt:

- a) oppfølging og samhandling rundt pasienter som har behandling på regionalt og nasjonalt nivå
- b) oppfølging av pasienter/brukere i overgang fra barn til voksen
- c) utvikling av tilbud til pasienter med sammensatte lidelser og udiagnostiserte pasienter med lavt funksjonsnivå

6. Avvik, revisjon, oppsigelse og uenighet

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder avvik, revisjon, oppsigelse og uenighet.

7. Varighet

Avtalen trer i kraft ved dato for signatur, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf.helse-omsorgstjenestelovens §6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen den oppsagte avtalen løper ut.

8. Dato og underskrift

dato,

Nordlandssykehuset HF – Adm.dir

dato,

XX kommune